

Guarde este folleto para referencia futura.

Visite nuestro sitio Web:  
[www.dss.sd.gov/medicalservices](http://www.dss.sd.gov/medicalservices)



DAKOTA DEL SUR

# Programa de Asistencia Médica



## Manual del beneficiario

Departamento de Servicios Sociales

# Programa de Asistencia médica

## Bienvenido

Este folleto contiene información importante que responderá muchas de sus preguntas sobre el Programa de Asistencia Médica de Dakota del Sur. El Programa de Asistencia Médica proporciona cobertura de salud a las personas elegibles para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

Guarde este folleto en un lugar seguro para referencia futura. Si tiene alguna pregunta sobre elegibilidad, llame a su oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS) o a su trabajador social. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de los servicios médicos, llame a la División de Servicios Médicos del Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur al (605) 773-3495.

En nuestro sitio Web puede encontrar este manual y mayor información. En el sitio Web usted encontrará formularios para selección de atención administrada y para cambios, una lista de proveedores de cuidados primarios, preguntas más frecuentes, normas y reglamentos del programa y enlaces a otros sitios útiles. Visite nuestro sitio Web:

[www.dss.sd.gov/medicalservices](http://www.dss.sd.gov/medicalservices)

## Teléfonos y sitios Web

### Teléfonos

- División de Servicios Médicos ..... (605) 773-3495
- Oficina de Recuperaciones e Investigación de Fraudes .. (605) 773-3653
- Oficina de Audiencias Administrativas ..... (605) 773-6851
- Línea directa para informar actividades fraudulentas .. 1-800-765-7867
- Departamento de Salud ..... 1-800-738-2301

### Sitios Web

- Servicios médicos ..... [www.dss.sd.gov/medicalservices](http://www.dss.sd.gov/medicalservices)
- Elegibilidad médica ..... [www.dss.sd.gov/medicaleligibility](http://www.dss.sd.gov/medicaleligibility)
- Departamento de Servicios Sociales ..... [www.dss.sd.gov](http://www.dss.sd.gov)
- Departamento de Salud ..... [www.state.sd.us/doh](http://www.state.sd.us/doh)

### Notas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ¿Cómo puedo solicitar una audiencia imparcial?

Si usted cree que el Departamento de Servicios Sociales tomó una decisión incorrecta sobre elegibilidad o pagos, puede pedir una audiencia imparcial comunicándose con su oficina local de Servicios Sociales o con la Oficina de Audiencias Administrativas en Pierre al (605) 773-6851. Una audiencia imparcial es una reunión entre usted, un funcionario de audiencias y alguien del Departamento de Servicios Sociales. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar su problema. Si actualmente está recibiendo beneficios y solicita una audiencia, tiene derecho a continuar recibiendo sus beneficios.

## ¿Qué sucede si siento que he sido discriminado?

El Departamento de Servicios Sociales y su proveedor médico no pueden discriminarlo debido a su raza, color, sexo, incapacidad, religión o nacionalidad de origen. Para presentar una queja por discriminación escriba a: DSS Division of Legal Services, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291 o llame al: (605) 773-3305.

### Nota de comunicación

Es muy importante que usted pueda comunicarse con su proveedor médico y con el Departamento de Servicios Sociales (DSS). Contamos con servicios de asistencia para quienes los necesiten.

Infórmele a su proveedor médico o al personal del DSS si tiene alguna dificultad para entender la información que le proporcionamos. Contamos con servicios de intérpretes para personas con dominio limitado del inglés y para beneficiarios físicamente discapacitados sin costo para usted.



## Índice

Asistencia Médica .....	1
Atención Administrada .....	2
Inscripción para Atención Administrada .....	3
Servicios de Salud para Indígenas (IHS) .....	4
Atención de emergencia .....	5
Servicios de Atención Administrada .....	6
Responsabilidades y derechos .....	7
Servicios cubiertos .....	8
El Club de Niños Sanos .....	12
Programa de Atención a Bebés .....	14
Pago de las cuentas médicas .....	15
Fraude y abuso de la asistencia médica .....	18
Quejas, apelaciones y audiencias .....	18
Teléfonos y sitios Web .....	20

## Asistencia Médica

### ¿Qué es la Asistencia Médica?

La Asistencia Médica es un programa federal financiado por el estado que proporciona cobertura médica para personas que cumplen ciertos estándares de elegibilidad. Si usted es elegible, la Asistencia Médica funcionará como su compañía de seguros y pagará por servicios médicos tales como visitas al médico, al hospital, al dentista y al quiropráctico.

### ¿Quién es elegible para Asistencia Médica?

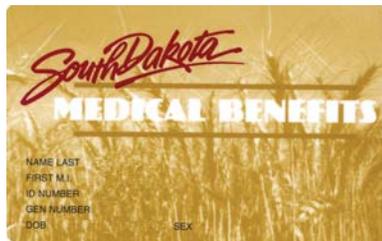
Para ser elegible para Asistencia Médica, usted debe cumplir los criterios de elegibilidad para un programa como el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), Familias de Bajos Ingresos (LIF), Asistencia en Centro de Enfermería u otros programas de Asistencia Médica. Si recibe pagos del Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI), también es elegible para Asistencia Médica.

Si ya tiene un seguro de salud, también puede ser elegible para la Asistencia Médica si cumple con ciertos criterios. La Asistencia Médica puede pagar deducibles, co-pagos y otros servicios médicos no cubiertos por otras compañías de seguros.

### Tarjeta de identificación de beneficios médicos

Usted debe tener su tarjeta de identificación de beneficios médicos cada vez que reciba atención médica.

Debe llevar su tarjeta consigo en todo momento. Si no la presenta al recibir los servicios, podría tener que pagar la factura. Si pierde su tarjeta, comuníquese con su oficina local del DSS para solicitar una nueva.



## Fraude y abuso de la Asistencia Médica

### Fraude cometido por el beneficiario

Las afirmaciones o declaraciones de información falsa en forma deliberada para ser elegible para la Asistencia Médica pueden ser consideradas como fraude. No proporcionar toda la información requerida (incluyendo otra cobertura de seguro) también puede ser considerado como fraude. Si usted comete fraude, puede ser procesado bajo las leyes criminales del estado y las leyes federales de fraude y abuso.

### Fraude cometido por el proveedor

Si usted detecta que se está cobrando por atención médica que no recibió o si se le cobra un saldo (adicional a su costo compartido) luego que se ha pagado la Asistencia Médica, comuníquese con la División de Servicios Médicos en Pierre al (605) 773-3495.

### Línea directa para informar actividades fraudulentas

Si sabe de alguien que está recibiendo Asistencia Médica de forma fraudulenta, llame a la línea directa al 1-800-765-7867.

## Quejas, apelaciones y audiencias

### ¿Qué es una queja?

Una queja se refiere a la protesta que usted realiza cuando cree que algo es incorrecto o que no es apropiado en relación al Programa de Asistencia Médica o los servicios proporcionados por el proveedor médico. Todas las quejas serán investigadas y pueden ser aceptadas verbalmente o por escrito.

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud escrita informal para revertir una decisión. Las apelaciones son definidas como quejas relacionadas a acciones específicas tomadas ya sea por el Estado o por los proveedores que resultan en la denegación del pago por atenciones médicas o la denegación de servicios médicos. Las quejas y apelaciones puede ser presentadas comunicándose con la División de Servicios Médicos en: 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501, (605) 773-3495. La solicitud de apelación no le impide solicitar una audiencia imparcial.

## ¿Me pueden cobrar por servicios pagados por el Programa de Asistencia Médica?

La respuesta es no. Cuando el Programa de Asistencia Médica paga por un servicio cubierto, se considera que ese servicio está completamente pagado. El proveedor no puede cobrar por ningún saldo de un servicio cubierto a usted, a su familia, a sus amigos o a alguien más. Los proveedores sólo pueden cobrar los gastos de costo compartido permitidos por el Programa de Asistencia Médica y por los servicios no cubiertos.

## ¿Qué es la recuperación de patrimonio?

Los pagos realizados por el Departamento de Servicios Sociales para servicios médicos pueden ser deudas a favor del DSS. El Programa de Recuperación de Patrimonio puede presentar reclamos contra los patrimonios de beneficiarios de Asistencia Médica fallecidos para recuperar los costos de los siguientes servicios:

- Servicios de centros de enfermería (sin importar la edad del beneficiario)
- Servicios en el hogar y la comunidad (beneficiarios de 55 años o mayores)
- Servicios de atención intermedia para discapacitados mentales (beneficiarios de 55 años o mayores)
- Otros servicios institucionales (beneficiarios de 55 años o mayores)
- Servicios hospitalarios (beneficiarios de 55 años o mayores)
- Servicios de prescripción de medicamentos (beneficiarios de 55 años o mayores)

Las deudas mencionadas también pueden ser recuperadas del patrimonio del cónyuge sobreviviente de un beneficiario de Asistencia Médica. Para más información, comuníquese con la Oficina de Recuperaciones e Investigación de Fraudes del Departamento de Servicios Sociales llamando al (605) 773-3653.

### Nota sobre transporte

Puede haber ayuda disponible para los beneficiarios que no cuenten con un medio de transporte adecuado para su atención médica. La oficina local del Departamento de Servicios Sociales puede tener información sobre posibles servicios de transporte o ayuda disponible en su comunidad.

## Atención Administrada

### ¿Qué es la Atención Administrada?

El Programa de Atención Administrada está diseñado para mejorar su acceso a la atención médica y la calidad de la atención que recibe proporcionándole atención médica primaria. Como beneficiario de Atención Administrada, usted debe recibir los servicios de atención administrada de su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP). También se le pedirá una referencia (autorización) de su PCP para la mayoría de servicios de especialidad y hospitalarios. Usted puede recibir ciertos servicios exentos del servicio de Atención Administrada de otros proveedores sin una referencia de su PCP. Vea la página 6.

### ¿Quiénes deben participar de la Atención Administrada?

Los beneficiarios de los siguientes programas deben participar de la Atención Administrada:

- Beneficiarios del Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI): ciegos, personas discapacitadas de 19 años o más.
- Familias elegibles para el programa de Familias de Bajos Ingresos (LIF).
- Niños de bajos ingresos elegibles para Medicaid.
- Niños elegibles para el CHIP.
- Mujeres elegibles para cobertura prenatal por bajos ingresos.

**NOTA:** Si usted tiene Medicare o vive en una institución como un centro de enfermería, no será inscrito en el Programa de Atención Administrada.

### Responsabilidades del Proveedor de Cuidados Primarios

Su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) es responsable de:

- Coordinar sus servicios de salud y proporcionarle atención médica.
- Referirlo a proveedores de especialidades médicas y autorizar su atención hospitalaria y otros servicios cuando sean necesarios y no estén disponibles de su PCP.
- Proporcionar atención telefónica 24 horas al día los 7 días de la semana.
- Respetar sus derechos.
- Comunicarse con usted acerca del cuidado de su salud.

# Inscripción para Atención Administrada

## Elección de su Proveedor de Cuidados Primarios

El DSS le notificará si usted debe elegir un Proveedor de Cuidados Primarios (PCP). El PCP es un médico o una clínica donde usted recibirá la mayor parte de su atención médica. El DSS le dará un formulario de selección y una lista de los PCP de su área. Usted debe completar el formulario eligiendo un PCP para cada miembro elegible de su familia. Si no elige un PCP, el DSS elegirá uno por usted. Comuníquese con la División de Servicios Médicos al (605) 773-3495 si tiene alguna duda o necesita ayuda para completar el formulario. **Puede ahorrar tiempo seleccionando su PCP en línea. Visite la página Web [www.dss.sd.gov/medicalservices](http://www.dss.sd.gov/medicalservices) y seleccione el botón Managed Care (Atención Administrada).**

Hay algunas cosas que debe considerar al elegir un PCP apropiado para usted y su familia.

-Los pediatras usualmente sólo atienden niños. Los proveedores de servicios de OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA sólo atienden a mujeres y usualmente sólo para servicios prenatales y ginecológicos. Los doctores en medicina interna usualmente sólo atienden adultos.

-Ubicación: Considere la distancia que debe viajar hasta su PCP. Recuerde que en Dakota del Sur el invierno puede dificultar los viajes.

-Algunos proveedores tienen su cuota de casos completa y no aceptarán nuevos pacientes. Eso está indicado por un "\*" al lado del nombre del PCP en la lista de los PCP. No elija un PCP que tenga su cuota completa a menos que esté seguro que será aceptado. Verifique con la oficina del PCP antes de hacer su elección si no está seguro de que será aceptado.

-Necesidades especiales: Si usted o un miembro elegible de su familia necesita cuidados de salud especiales, debe comunicarse con la oficina del PCP antes de hacer su elección para asegurarse que el proveedor cubrirá sus necesidades.

El PCP que usted elija o que le haya sido asignado empezará a ser efectivo el primer día del mes siguiente a su selección o asignación de PCP. El DSS le notificará el nombre de su PCP y la fecha en que comienza su inscripción. Usted recibirá la mayor parte de su atención médica con su PCP. Su PCP lo tratará o lo referirá a otros proveedores.

## ¿Cuál es el costo compartido en los diferentes servicios médicos?

A continuación presentamos las sumas de costo compartido en diferentes servicios médicos.

-**Atención médica (incluyendo proveedores independientes en salud mental):**  
\$3 por visita

-**Recetas:** \$3 por cada receta o reposición de receta de medicamentos de marca  
(Nota: No hay costo compartido para medicamentos genéricos)

-**Servicios optométricos y ópticos:**  
\$2 por cada procedimiento, lente, marco, examen y servicio de reparación

-**Dental para adultos:**  
\$3 por cada procedimiento



-**Servicios de hospitalización:** \$50 por cada admisión

-**Servicios hospitalarios ambulatorios y Centros quirúrgicos ambulatorios:**  
5 por ciento del reembolso permitido hasta un máximo de \$50

-**Equipo médico/Prótesis:** 5 por ciento del reembolso permitido

-**Servicios quiroprácticos cubiertos:** \$1 por cada procedimiento

-**Servicios de podiatría cubiertos:** \$2 por cada procedimiento cubierto

-**Clínicas de salud mental:** 5 por ciento del reembolso permitido por cada procedimiento

-**Servicios nutricionales (21 años y mayores):** \$2 por día - enteral, \$5 por día - parenteral

-**Educación para la diabetes:** \$3 por unidad de servicio

-**Tratamiento para la farmacodependencia (19 a 21 años):** Puede requerir co-pago

## Pago de las cuentas médicas

### ¿Y si tengo otro seguro médico?

Su otro seguro médico es la primera fuente de pago. Los proveedores médicos deberán facturar primero a su aseguradora antes que a la Asistencia Médica. Usted **debe** informar sobre la cobertura de otro seguro a su trabajador social de elegibilidad y a su doctor, clínica u hospital donde recibe atención médica.

### ¿Quién paga por los servicios no cubiertos por el Programa de Asistencia Médica?

La mayoría de servicios médicos está cubierta por el Programa de Asistencia Médica; sin embargo, algunos servicios no lo están. Es su responsabilidad verificar con su médico si los servicios que usted está recibiendo están cubiertos. Si los servicios no están cubiertos por el Programa de Asistencia Médica, usted será responsable por su pago.

### ¿Qué es el costo compartido?

Costo compartido se refiere a que usted paga una pequeña parte de su cuenta de gastos médicos y la Asistencia Médica paga lo demás. Las sumas por costo compartido varían ligeramente según el servicio. Su proveedor le puede informar cual es la suma por costo compartido de los servicios que usted recibe.

Si usted es menor de 19 años y no es residente de un centro de cuidados a largo plazo ni beneficiario de servicios en el hogar y la comunidad, debe contribuir con el costo compartido. No hay costo compartido para:

- Servicios relacionados con el embarazo
- Planificación familiar
- Terapia nutricional y suplementos para beneficiarios menores de 21 años
- Servicios de emergencia hospitalaria que cumplan el criterio de "emergencia verdadera"

Si usted es beneficiario de Atención Administrada y consulta con su PCP, el Programa de Asistencia Médica pagará el costo compartido. Si usted se atiende con un proveedor médico que no es su PCP (incluso si su PCP lo ha referido o si se atiende con otro proveedor en la misma clínica), usted será responsable por la suma de costo compartido.

## Cambio de Proveedor de Cuidados Primarios

Si quiere cambiar su PCP, debe completar un formulario para cambio de PCP. Puede obtener el formulario y ayuda para completarlo en su oficina local del DSS. Los formularios también están disponibles si contacta con la División de Servicios Médicos al (605) 773-3495 y en nuestro sitio Web.

Usted puede solicitar el cambio de su PCP en cualquier momento. Deberá explicar la razón para el cambio en el Formulario de Cambio de PCP. Las solicitudes de cambio generalmente son aprobadas a menos que el PCP no esté disponible o esté ubicado a mucha distancia de su casa. Si el cambio es aprobado, **su nuevo PCP será efectivo desde el primer día del mes siguiente que se recibió su formulario de cambio.**

Si se muda a un área nueva, comuníquese con su oficina local del DSS. Esto ayudará a garantizarle que no tenga una interrupción en la cobertura, que su información esté actualizada y le permitirá cambiarse a un PCP en su nueva área.

**Recuerde:** Si cambia su PCP y tiene una referencia para servicios especializados, hospitalarios o de otro tipo de su PCP anterior, deberá obtener una nueva referencia de su nuevo PCP.

## Servicios de Salud para Indígenas (IHS)

### ¿Quién es elegible para los servicios IHS?

Si usted es un indio americano, puede recibir atención médica gratuita de los Servicios de Salud para Indígenas (IHS). Si usted está en un Programa de Atención Administrada, puede elegir al IHS como su Proveedor Primario de Servicios (PCP) o puede elegir cualquier otro. Inclusive si el IHS no es su PCP, usted puede recibir los servicios del IHS sin una referencia de su PCP.

### ¿Qué hago si el IHS quiere referirme a otro lugar?

Si el IHS es su PCP, puede referirlo a proveedores externos. Sin embargo, si el IHS no es su PCP, no puede referirlo a proveedores externos. Sólo su PCP lo puede referir a otros proveedores. El Programa de Asistencia Médica **NO** pagará las cuentas por servicios médicos referidos por el IHS si no es su PCP.

## Atención de emergencia

Las atenciones de emergencia "verdadera" no requieren ninguna referencia del PCP. Usted puede recibir atención médica para casos de emergencia "verdadera" de las clínicas, médicos, clínicas fuera del horario de atención y salas de emergencia de hospitales.

### Emergencias verdaderas

Una emergencia "verdadera" significa que los síntomas de la condición médica son tan severos que cualquier persona con un conocimiento promedio de medicina pensaría que la salud de la persona estará en peligro a menos que se le atienda inmediatamente. La atención de rutina para enfermedades menores y lesiones **NO** se considera una emergencia "verdadera". El proveedor médico que atiende al paciente determinará si existe la emergencia "verdadera" en base a pautas federales y estatales. Usted será responsable de pagar la factura por gastos médicos de atenciones que no sean de emergencia a menos que su PCP proporcione la atención o que la refiera con anticipación. Comuníquese con la oficina de su PCP si no está seguro acerca de buscar atención de emergencia.

### ¿Cuándo debo ir a la sala de emergencia?

Usted sólo debe ir a la sala de emergencia para atenciones de emergencia "verdaderas". No vaya a la sala de emergencia para una atención de rutina. Es posible que tenga que pagar por la atención de rutina recibida en la sala de emergencia si no tiene una referencia de su PCP. Recuerde, el Programa de Asistencia Médica cubre atenciones de emergencia en clínicas, médicos, clínicas fuera del horario de atención y salas de emergencia de hospitales.

### Cuidados de control de una emergencia verdadera

Los cuidados de control posteriores, como las citas con el médico, nuevos exámenes y otros servicios proporcionados después que ha terminado la condición de emergencia, deben ser realizados o referidos por su PCP. Informe a su PCP luego de recibir atención médica de emergencia sobre todos los controles posteriores programados.

### Emergencias fuera del estado

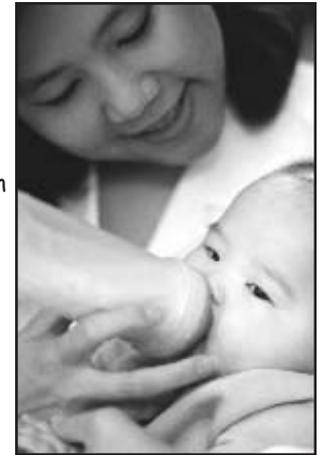
La Asistencia Médica cubrirá los servicios de emergencia fuera del estado con los mismos límites de los servicios en el estado si el proveedor acepta Asistencia Médica de Dakota del Sur.

## Programa de Atención a Bebés

### Atención médica para usted y su bebé

Aún antes de que su embarazo sea visible, su bebé necesita amor y cuidado. Usted también necesita atención para estar saludable. El Programa de Atención a Bebés le puede ayudar a proporcionar la atención que usted y su bebé necesitan.

El Programa de Atención a Bebés le puede ayudar a proporcionar un inicio saludable para su bebé aún no nacido. Una forma de incrementar sus posibilidades de tener un hijo saludable es mediante atención prenatal temprana y frecuente.



En asociación con el Departamento de Salud de Dakota del Sur, el Programa de Asistencia Médica proporciona servicios tales como:

- Exámenes médicos y ayuda con el transporte
- Evaluación prenatal (preguntas sobre su salud)
- Administración de casos (le ayuda a obtener los servicios que necesita)
- Educación prenatal (le enseña sobre el embarazo y cómo cuidar de usted y su bebé)
- Pre-registro en el hospital para el alumbramiento de su bebé
- Referencias a otros programas

Para mayor información, comuníquese con su oficina local del Departamento de Servicios Sociales. También puede comunicarse con los servicios médicos de su comunidad. Para encontrar la oficina más cercana, llame al 1-800-738-2301.

### Cuidado prenatal recomendado

Las visitas prenatales de rutina son generalmente una vez al mes hasta el séptimo mes, cada dos semanas en el octavo y semanalmente en el noveno.

## Cuándo programar el examen del Club de Niños Sanos

El siguiente cronograma le informará cuando debe llevar a su hijo al examen en el Club de Niños Sanos. Comuníquese con el PCP de su hijo para programar una cita para este examen.

### Cronograma de exámenes recomendado

Exámenes generales de salud	Otros tipos de exámenes
Desde el nacimiento hasta 1 semana	-Exámenes dentales empezando a los 3 años y después anualmente. -Exámenes de la vista empezando a los 5 años y después anualmente. -Pídale al PCP de su hijo que determine si se requieren pruebas de audición. -Pruebas de plomo en la sangre de su hijo a los 12 y 24 meses de edad y como lo indique el PCP de su hijo.
De 1 semana a 6 semanas	
De 6 semanas a 3 meses	
De 3 meses a 5 meses	
De 5 meses a 8 meses	
De 8 meses a 11 meses	
De 11 meses a 14 meses	
De 14 meses a 17 meses	
De 17 meses a 20 meses	
De 20 meses a 24 meses	
Cada año hasta los 21 años	

### Cronograma de vacunación recomendado

Vaccine	Birth	1 Mo	2 Mos	4 Mos	6 Mos	12 Mos	15 Mos	18 Mos	24 Mos	4-6 Yrs	11-12 Yrs
Hepatitis B	HepB	HepB		HepB							
Diphtheria, Tetanus,			DTaP	DTaP	DTaP			DTaP		DTaP	Td
Haemophilus influenzae type b			Hib	Hib	Hib		Hib				
Inactivated Polio			IPV	IPV	IPV					IPV	
Measle, Mump and Rubella						MMR				MMR	
Varicella						Varicella				Var	
Pneumococcal			PCV	PCV	PCV	PCV					
Influenza					Influenza (Yearly) to 5 yr						
Meningococcal											MCV4
Hepatitis A						Hep A Series					
Rotavirus			RV	RV	RV						
Human Papilloma Virus											HPV

## Servicios de Atención Administrada

Los servicios con un "Sí" en la columna de Referencias del PCP deben ser proporcionados o referidos por su PCP. Los servicios con un "No" están exentos de Atención Administrada y no necesitan la referencia de su PCP.

Servicios médicos	Referencia del PCP
Servicios de hospitalización/ambulatorios	Sí
Servicios médicos/clínicos	Sí
Servicios relacionados con el embarazo	Sí
Servicios de enfermería a domicilio	Sí
Servicios hospitalarios de rehabilitación	Sí
Psiquiatría/Psicología	Sí
Asociado Médico (PA), Enfermera con Práctica Médica (NP) y Enfermera partera	Sí
Centros residenciales para tratamiento	Sí
Equipo médico duradero	Sí
Servicios de la escuela del distrito	Sí
Servicios de Centro quirúrgico ambulatorio	Sí
Visitas del Club de Niños Sanos (evaluación)	Sí
Centros comunitarios de salud mental	Sí
Oftalmología (no anteojos)	Sí
Terapia (física, del habla, ocupacional)	Sí
Servicios de laboratorio/rayos X (en otro centro)	Sí
Servicios de farmacia	No
Servicios de emergencia verdadera	No
Servicios de planificación familiar	No
Servicios de podiatría	No
Optometría (cuidado rutinario del ojo - anteojos)	No
Servicios quiroprácticos	No
Dental	No
Vacunaciones	No
Servicios de salud mental para beneficiarios del SED y SPMI	No
Ambulancia/Transporte	No
Servicios de laboratorio/rayos X (sin presencia del paciente)	No
Anestesiología	No
Tratamiento para la farmacodependencia	No

## Responsabilidades y derechos

### Sus responsabilidades con la Atención Administrada

- Presentar su tarjeta de identificación de beneficios médicos a todos los proveedores de servicios de salud antes de recibir cualquier servicio médico.
- Ser cortés y tratar a los proveedores médicos con el mismo respeto con que le gustaría ser tratado.
- Visitar a su PCP para la mayor parte de su atención médica.
- Obtener una referencia (tarjeta de referencia) de su PCP antes de acudir a otro proveedor para servicios de atención administrada. Si su PCP no ha aprobado el servicio, la Asistencia Médica **NO** pagará la cuenta.
- Asistir a sus citas médicas. Llame con anticipación a la oficina del proveedor de servicios médicos si va a llegar tarde o si no puede asistir a la cita.
- Comunicarse con su trabajador de elegibilidad sobre los cambios en su caso o si tiene alguna pregunta.
- Usar la sala de emergencias sólo para "emergencias verdaderas".
- Pagar su costo compartido (de ser aplicable) y por los servicios no cubiertos por la Asistencia Médica o que no estén debidamente referidos por su PCP.



### Derechos de los beneficiarios de la Asistencia Administrada

- Ser tratados con respeto y consideración para su dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles y participar en las decisiones relativas a su salud, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.
- Elegir su PCP y recibir la información y el tiempo para hacer su elección.
- Recibir una copia de su historia médica si lo solicitara y que ésta sea subsanada o corregida si fuera necesario.

## El Club de Niños Sanos

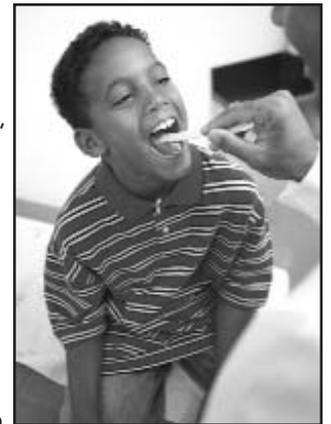
### ¿Qué es el Club de Niños Sanos?



El Club de Niños Sanos es un programa de "atención para el bienestar infantil" que ayuda a evitar las enfermedades y proporciona tratamiento para cualquier enfermedad que su hijo pueda tener. Estos servicios son **gratuitos\*** para los menores de 21 años que reciben Asistencia Médica. (\*Hay un pago mínimo compartido para las edades de 19 y 20 años.)

### ¿Qué servicios proporciona el Club de Niños Sanos?

El Club de Niños Sanos paga por una variedad de exámenes que incluyen una revisión y evaluación de la salud física y mental en general de su hijo, así como de su crecimiento, desarrollo, estado nutricional, vista, oído y salud dental. También se controla el estado de sus vacunas para garantizar que su niño esté al día. También pueden realizarse pruebas de detección de plomo.



### Vacunaciones

Sin importar donde vive usted, su hijo no está seguro si no está vacunado adecuadamente. Si su hijo necesita alguna vacuna, comuníquese hoy mismo con el doctor de su hijo para programar una cita.

### Pruebas de detección de plomo

Los altos niveles de plomo pueden ser muy peligrosos y hasta mortales si su hijo no es diagnosticado a tiempo. Todos los niños elegibles para Asistencia Médica deben recibir una prueba de detección de plomo a los 12 y 24 meses de edad. Comuníquese con el médico de su hijo para mayor información sobre cómo se aplicará esta prueba a su hijo.

### Niños con necesidades de salud especiales

Si su hijo tiene una condición de salud crónica, los Servicios de Salud Especiales para Niños pueden ayudarlo. Llame al 1-800-738-2301 si desea mayor información.

<b>Esterilización</b>	Cubre procedimientos de esterilización cuando se cumple lo siguiente: 1. El beneficiario tiene por lo menos 21 años de edad; 2. El beneficiario es una persona legalmente competente; 3. El beneficiario ha firmado un formulario de consentimiento informado luego de cumplir 21 años; y 4. Han transcurrido entre 30 y 180 días entre la fecha en que firmó el formulario y la fecha de la esterilización.
<b>Otros servicios de transporte</b>	Cubre servicios de transporte para casos que no son de emergencia hacia y desde la casa del beneficiario al proveedor médico apropiado más cercano. No hay asignaciones por recorrido para viajes dentro de los límites de la ciudad o al proveedor de cuidados primarios (PCP) del beneficiario. Las asignaciones por recorrido no se basan en la ubicación del PCP elegido ni en la ubicación de los proveedores referidos por el PCP en lugares más distantes que el proveedor más cercano. Las asignaciones para alimentación y alojamiento sólo se otorgan si se requiere pasar la noche en un hotel.
<b>Vista</b>	Cubre exámenes, anteojos, marcos y lentes de contacto cuando sea necesario para la corrección de ciertas condiciones. Usted puede recibir anteojos de reemplazo sólo después de 15 meses de haber recibido los anteojos anteriores y cuando un cambio de lentes sea médicamente necesario.
<b>Transporte para personas que usan silla de ruedas</b>	Cubre servicios de transporte para casos que no son de emergencia hacia y desde la casa del beneficiario al proveedor médico más cercano, entre proveedores médicos o desde un proveedor médico a la casa del beneficiario. El beneficiario debe estar confinado a una silla de ruedas para recibir este beneficio.

## Confidencialidad

Toda la información médica relacionada con los solicitantes y beneficiarios de Asistencia Médica es confidencial. Esta información solo se puede compartir para propósitos directamente relacionados con la administración de Programa de Asistencia Médica. El uso de la tarjeta de identificación de beneficios médicos por un beneficiario elegible representa el consentimiento y permite el intercambio necesario de información entre el Programa de Asistencia Médica y los proveedores.

## Servicios cubiertos

### Cobertura de los servicios de Asistencia Médica

Es su responsabilidad preguntar a su proveedor de servicios médicos (su médico, farmacéutico, etc.) si la Asistencia Médica cubre servicios específicos. **NO** asuma que todos los servicios médicos están cubiertos y son pagados por la Asistencia Médica. Antes que la Asistencia Médica cubra alguno de los siguientes servicios, se **DEBE** determinar que el servicio es médicamente necesario. Usted tiene que pagar por los servicios no cubiertos por la Asistencia Médica.

<b>Ambulancia</b>	Cubre viajes en ambulancia por tierra y aire, atención, oxígeno y kilometraje de desplazamiento (más otros gastos necesarios) cuando sea médicamente necesario trasladar al beneficiario al proveedor médico más cercano capaz de proporcionar el cuidado necesario. <b>El servicio sólo será cubierto si otro tipo de transporte podría poner en riesgo la vida o la salud del beneficiario.</b> No es apropiado pedir una ambulancia a falta de otro medio de transporte para servicios que no son considerados como emergencias.
<b>Quiropráctico</b>	Cubre solo la manipulación manual de la columna vertebral cuando las placas de rayos X tomadas comprueban el desplazamiento de la columna. La Asistencia Médica no pagará más de 30 manipulaciones en un período de 12 meses.
<b>Clínicas</b>	Cubre los servicios médicos y suministros proporcionados por indicación de un médico.
<b>Dental</b>	Cubre exámenes, rayos X, limpiezas, empastes y proporciona cobertura limitada para endodoncias, coronas, dentaduras postizas parciales y completas y anestesia. Se requiere una autorización previa para la mayoría de servicios.  <b>Servicios de ortodoncia:</b> Se puede cubrir el tratamiento de ortodoncia para niños. En la mayoría de casos, un niño debe tener una condición ortodóntica que le impida la capacidad de comer, masticar y hablar. Se requiere una autorización previa para todas las atenciones ortodónticas.

<b>Educación sobre la diabetes</b>	Cubre hasta 10 horas de educación inicial sobre autocontrol de diabetes. También cubre dos horas al año para educación de seguimiento. Se requiere una evaluación de la necesidad y una orden documentada del médico.
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b>	<p>Cubre equipo reutilizable médicamente necesario y que cumple con los límites fijados para el servicio. <b>Nota:</b> Sólo se permite un nebulizador por familia cada cinco años. Puede proporcionarse un reemplazo de audífonos sólo después de un mínimo de tres años desde la prescripción original y si el audífono original ya no es útil.</p> <p>Los equipos <b>NO</b> cubiertos incluyen: equipo de ejercicios; prendas de abrigo y equipo para comodidad personal o control ambiental tales como equipos de aire acondicionado, humidificadores, deshumedecedores, calentadores u hornos.</p> <p>Los centros de enfermería proporcionan equipo médico, diferente a audífonos, a sus residentes.</p>
<b>Planificación familiar</b>	Cubre diagnóstico y tratamiento, medicinas, suministros, dispositivos, procedimientos y consejería para personas en edad reproductiva.
<b>Enfermería a domicilio</b>	Cubre la atención de enfermería, terapia y los suministros médicos cuando son proporcionados en el domicilio del beneficiario.
<b>Residencia para enfermos terminales</b>	Cubre atención para enfermos terminales proporcionada por proveedores autorizados.
<b>Hospital</b>	<p><b>Pacientes hospitalizados</b> - Cubre alojamiento y comida, servicios de enfermería regular, suministros y equipos, salas de operación y parto, rayos X, laboratorio y terapia.</p> <p><b>Pacientes ambulatorios</b> - Cubre los servicios y suministros de la sala de emergencia, laboratorio, rayos X y otros servicios radiológicos, atención en terapia, medicamentos y cirugía para pacientes ambulatorios.</p> <p><b>Beneficiarios de Atención Administrada</b> - Consulte los requisitos adicionales (ER) en la sección de sala de emergencia.</p>

<b>Salud mental</b>	Cubre evaluaciones psiquiátricas y psicológicas y psicoterapia individual-grupal-familiar para la atención y el tratamiento de enfermedades o desórdenes mentales. La consejería no es un servicio cubierto.
<b>Centro de enfermería</b>	Cubre alojamiento y comida, atención de enfermería, atención en terapias, comidas y suministros médicos generales. La Asistencia Médica <b>NO</b> pagará por equipo médico duradero para residentes de centros de enfermería.
<b>Cobertura fuera del estado</b>	<p>Cuando reciba servicios fuera del estado, asegúrese que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proveedor sea un Proveedor de Asistencia Médica de Dakota del Sur;</li> <li>2. Si usted es beneficiario de atención administrada, debe contar con la referencia de su PCP;</li> <li>3. La cobertura de los servicios se rige por las pautas de la Asistencia Médica de Dakota del Sur. Consulte con su proveedor si un servicio específico está cubierto.</li> </ol> <p>La Asistencia Médica cubrirá los servicios de <b>emergencia</b> fuera del estado con los mismos límites de servicio que en el estado si el proveedor acepta Asistencia Médica de Dakota del Sur.</p>
<b>Atención personal</b>	Cubre atención personal básica, aseo y servicios domésticos si están relacionados con una necesidad médica esencial a la salud del paciente. El servicio debe ser proporcionado en la casa del beneficiario. Debe ser ordenado por el médico.
<b>Médico</b>	Cubre los servicios médicos y quirúrgicos desarrollados por un doctor, los suministros y medicamentos entregados en el consultorio, rayos X y pruebas de laboratorio necesarias para el diagnóstico y tratamiento.
<b>Podiatría</b>	Cubre las visitas al consultorio, los suministros, rayos X, controles de glucosa y cultivos y ciertos procedimientos quirúrgicos.
<b>Medicamentos de receta médica</b>	Cubre una gran variedad, pero no toda, de medicamentos de receta médica, suministros para diabéticos, y medicamentos, suministros y dispositivos para planificación familiar. No cubre la mayoría de medicamentos o productos que se venden sin receta médica.
<b>Hospital de rehabilitación</b>	Cubre extensas terapias de rehabilitación después de una enfermedad o lesión.